FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Julien RAYNIER

Né à Belpech (Aude), le 2 avril 1888.
Ancien Interne de hôpitaux de Versailles,
Interne des asiles de la Seine,
Médecin légiste de l'Université de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES
DANS L'ARMÉE FRANÇAISE PENDANT LA GUERRE DE 1914

LES ÉTATS DÉPRESSIFS

ET LES

ÉTATS MÉLANCOLIQUES

OBSERVÉS CHEZ LES MILITAIRES PLACÉS DANS LA SECTION SPÉCIALE
DE L'ASILE DE VILLEJUIF
DEPUIS LE DÉBUT DES HOSTILITÉS JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 1914

NOTES STATISTIQUES ET CLINIQUES

Président : M. GILBERT BALLET, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie biologique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

A MES MAITRES

DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

A MES MAITRES

DANS LES ASILES DE LA SEINE

A Monsieur le Docteur TRÉNEL

Médecin en chef des Asiles de la Seine.

A Monsieur le Docteur LEGRAIN

Médecin en chef des Asiles de la Seine.

A Monsieur le Docteur TOULOUSE

Médecin en chef des Asiles de la Seine.

A Monsieur le Docteur Henri COLIN

Médecin en chef des Asiles de la Seine.

A Monsieur le Professeur Gilbert BALLET

Professeur de clinique des maladies mentales,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin des Hôpitaux et de l'Asile clinique,
Officier de la Légion d'honneur,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

DU MÊME AUTEUR

États mentaux imaginatifs (en collaboration avec le docteur Trénel). *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, juillet 1913.

Impulsion obsédante homicide consciente chez un épileptique absinthique (en collaboration avec le docteur Trénel). *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, décembre 1912.

Un fils de paralytique général (en collaboration avec le docteur Trénel). *Bulletin de la Société clinique mentale*, avril 1914.

Vente de revolvers à des aliénés. *La pratique médico-légale*, juillet 1914.

Sous presse :

Délire hallucinatoire et maladie d'Addison.

Alcoolisme chronique. Accès aigu sous forme de psychose de Korsakoff avec lymphocytose et albuminose rachidienne transitoires.

Anormaux constitutionnels criminels et délinquants (en collaboration avec le docteur Vian).

LES ÉTATS DÉPRESSIFS

ET LES

ÉTATS MÉLANCOLIQUES

INTRODUCTION

L'action de la guerre comme cause provocatrice de la folie a été de tout temps invoquée. Les conditions pénibles de la guerre moderne, le surmenage physique nerveux émotionnel moral qu'elle conditionne, les traumatismes et les infections qu'elle favorise l'on fait généralement accuser de faire de nombreuses victimes psychopathiques.

Cependant les psychiatres n'étaient pas sans discuter cette influence, et déjà Esquirol n'accordait aux grandes commotions politiques que le rôle d'une cause « excitante et non celle d'une cause prédisposante ». Pour de nombreux médecins la guerre ne serait qu'une cause occasionnelle faisant surgir la folie chez des prédisposés avérés ou latents dont l'équilibre instable est rompu à l'occasion des émotions, des fatigues, des infections et intoxications, des traumatismes subis, comme il

aurait pu l'être dans d'autres circonstances plus banales ébranlant le système nerveux.

La réalité même de l'augmentation du nombre des psychoses a été contestée en s'appuyant sur des données statistiques, notamment sur celles de Lunier qui, étudiant l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales, constatait que durant les événements de 1870-71 le chiffre des admissions dans les asiles n'a pas augmenté. Mais d'autre part la guerre Russo-Japonaise s'est montrée un facteur important de psychopathies, et pendant la campagne de Mandchourie on put enregistrer l'augmentation considérable du nombre des aliénés militaires. Le chiffre des malades atteints a été de 2/1000 des troupes engagées (à remarquer que la plupart l'avaient été avant d'arriver sur la ligne de feu).

Les tragiques événements actuels qui permettent de nombreuses observations remettront certainement la question à l'ordre du jour des discussions.

Nous nous proposons de contribuer ici à l'étude de ces faits. Interne, depuis le début des hostilités, de la section spéciale réservée aux aliénés militaires, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de psychoses écloses ou devenues apparentes pendant la présente guerre.

Les malades admis présentaient, comme on s'en rendra compte par la lecture de notre statistique générale, les formes les plus diverses d'aliénation mentale.

Nous eussions désiré pouvoir les étudier toutes, mais

tout récemment, le conseil de revision, en nous faisant l'honneur de nous admettre à prendre rang dans les services auxiliaires de l'armée, nous imposait la nécessité de conquérir notre diplôme avant notre incorporation et malheureusement aussi la nécessité d'aller vite.

Nous avons donc dû nous borner et limiter notre étude à un point spécial.

Plusieurs affections sollicitaient notre attention ; à vrai dire avec un intérêt différent : Telles les paralysies générales, les états de dégénérescence mentale et de déséquilibration psychique avec leurs syndromes épisodiques ; les états mélancoliques et les états dépressifs, les états confusionnels et les psychoses traumatiques.

Nous avons laissé de côté les premiers états comme plus communs et n'ayant *a priori*, de par leur étiologie connue, que des relations très lointaines avec la guerre. Les états confusionnels, les psychoses et les névroses traumatiques parmi lesquelles nous avons vu revivre une forme spéciale : l'hystéro-traumatisme constituent la partie la plus originale des cas traités. Nous avons dû renoncer à leur étude qui nécessite une observation plus prolongée et plus autorisée.

La publication de ces cas mérite d'être faite et le sera certainement par notre distingué maître M. le docteur Colin, chef du service.

Nous nous sommes donc arrêté, ces éliminations opérées, à l'étude des états mélancoliques et dépressifs que nous allons envisager au cours de ce travail.

Avant d'aborder le rapide exposé du plan que nous nous proposons de suivre, nous désirons adresser à notre

excellent maître M. le docteur Colin, qui a bien voulu nous permettre de publier les observations que nous avons recueillies dans son service, nos meilleurs remerciements et l'expression de notre respectueuse gratitude.

Nous n'oublierons pas plus sa bienveillance à notre égard que les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

PLAN

Notre contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée française pendant la guerre de 1914 limitée à l'étude des affections mélancoliques comportera dans l'exposé du sujet le plan suivant.

Les données statistiques générales sur l'ensemble des cas traités dans la section spéciale militaire de l'asile de Villejuif.

Une statistique propre aux affections mélancoliques situées dans le chapitre précédent par rapport aux diverses formes de psychoses observées.

L'étude clinique des états dépressifs et des états mélancoliques.

La mention des troubles des actes. Réactions antisociales et délits.

Quelques considérations médico-militaires.

Nos conclusions.

DONNÉES STATISTIQUES GÉNÉRALES SUR L'ENSEMBLE DES CAS TRAITÉS

Le chiffre total des admissions de militaires dans le service spécial de l'Asile de Villejuif depuis le début des hostilités jusqu'au 31 décembre 1914 a été de 238.

Les malades admis mensuellement en ces cinq mois de guerre se répartissent ainsi pour :

Août	37
Septembre	29
Octobre	11
Novembre	49
Décembre	112
Total	238

Ils étaient évacués soit du front, soit des hôpitaux d'évacuation du territoire, et venaient :

De Mareville	37
Toul, Verdun	98
Val-de-Grâce	89
Divers hôpitaux parisiens ou suburbains	14
Total	238

Au point de vue de leur situation militaire nos malades peuvent se répartir comme suit :

Officiers	6
Sous-officiers	8
Soldats	224
Total	238

Parmi eux il y a eu :

Engagés volontaires	9
De l'armée active	21
De la réserve	149
De l'armée territoriale	53
De la légion étrangère	3
Des troupes arabes et noires	3
Total	238

dont :

Blessés à l'ennemi	9
Combattants sans blessures	41
Non combattants	81
Sédentaires ou territoriaux	107
Total	238

Au point de vue clinique les militaires admis présentaient une des variétés suivantes de maladies mentales :

Paralysies générales	25
États d'affaiblissement intellectuel non paralytiques	6
Dégénérescence, déséquilibration psychique, débilité mentale avec ou sans délire, avec ou sans syndromes épisodiques	46
Névroses	9
Intoxications (alcoolisme)	17
États toxi-infectieux	3
Délires chroniques (de persécution, d'interprétation, de jalousie)	8
États maniaques	16
— mélancoliques et dépressifs	64
— confusionnels	44
Total	238

Actuellement la situation est la suivante :

Sortis :

Par guérison, congés de convalescence, ou réforme . .	31
Par décès	5
	36

Restent en cours de traitement :

Convalescences ou sorties proposées.	79
En évolution ou chroniques.	123
Total. . . .	238

DONNÉES STATISTIQUES SPÉCIALES AUX ÉTATS DÉPRESSIFS ET MÉLANCOLIQUES

Sur un total de 238 admissions le nombre des entrées pour états mélancoliques et dépressifs a été de 64.

La situation militaire de nos malades était la suivante :

Officier	1
Sous-officier	1
Soldats	62
Total	64

Appartenant :

A l'armée active	7
Réserve de l'active	30
A l'armée territoriale	23
Engagés volontaires	2
— dans la légion étrangère	2
Total	64

Ainsi répartis suivant leur affectation spéciale :

Infanterie	51
Cavalerie, train des équipages, transports	5
Artillerie	6
Génie	2
Total	64

Parmi eux :

Avaient été blessés légèrement à l'ennemi	4
Avaient été au feu	16
N'avaient pas combattu	44
Total	64

Les militaires traités exerçaient les professions suivantes :

Boulangers	3
Charretier	1
Cordonnier	1
Contremaîtres et industriels	5
Cultivateurs	22
Employés de bureau	4
Gazier	1
Huissier	1
Imprimeur	1
Instituteurs	3
Jardinier	1
Journaliers	7
Maréchal ferrant	1
Militaires de carrière	2
Mineurs	3
Photographe	1
Plombier	1
Restaurateurs	2
Viticulteurs	4
Total	64

L'absence de renseignements dans un grand nombre de cas d'une part, le non-aveu par les malades d'atteintes

antérieures d'autre part ne nous permettent pas de donner une statistique suffisamment précise :

a) Des cas où l'hérédité a pu être notée ;

b) Des cas où il y a eu atteinte antérieure de psychoses de même forme ou de forme différente.

En ce qui concerne les données statistiques afférentes aux formes cliniques, voir chapitre suivant.

La situation au 31 décembre est la suivante :

Décès	2
Sorties	6
En convalescence ou en évolution	56
Total	64

ÉTUDE CLINIQUE

Notre étude clinique des états dépressifs et des états mélancoliques comprendra :

L'étiologie.

L'étude des formes cliniques variées sous lesquelles le syndrome mélancolique s'est présenté à notre observation.

L'évolution.

Quelques remarques thérapeutiques.

I. — Étiologie.

Fréquence. — La fréquence relative des états mélancoliques et dépressifs s'est présentée à notre observation dans la proportion d'environ 1/6 des cas traités, soit 64 malades sur 238 admissions.

L'étiologie nous offre à considérer deux ordres de faits :

1° Le terrain.

2° Les causes.

Le terrain. — Les circonstances dans lesquelles nous avons observé nos malades ne nous ont pas permis de recevoir des renseignements suffisants de nombreuses familles ou trop éloignées ou illettrées.

L'hérédité quand elle a pu être constatée, hérédité paternelle, maternelle ou collatérale, nous a offert le plus souvent des cas d'hérédité similaire. Parfois aussi nous avons pu noter l'alcoolisme de l'un des générateurs.

Certains de nos malades avaient déjà présenté des atteintes mélancoliques antérieures. Un petit nombre d'entre eux avaient été déjà traités pour folie intermittente à double forme.

Le plus grand nombre des états mélancoliques ont évolué sur le terrain de la dégénérescence, ou sur le terrain de la faiblesse intellectuelle (ruraux) et chez des individus à caractère habituellement triste ou renfermé.

Les causes. — Les causes occasionnelles le plus fréquemment invoquées ont été :

Les émotions, les frayeurs, les chagrins, les inquiétudes causées par l'absence de nouvelles, les mauvaises nouvelles provenant des régions envahies, la mort d'une personne chère, la nostalgie...

Les fatigues et surmenages de la guerre.

Des infections et intoxications.

Des affections viscérales chroniques (dyspepsies).

Toutes ces causes sont en somme banales et se retrouvent dans l'étiologie des affections mélancoliques

que nous avons l'habitude de voir dans les asiles mais elles prennent une importance singulière en raison des circonstances actuelles.

La déclaration de la guerre et la mobilisation avaient déjà suffi à ébranler, d'une façon profonde, les organismes affaiblis, les cerveaux prédisposés soit à cause de l'hérédité, soit en raison d'une tendance à l'émotivité sur laquelle nous ne pouvons pas nous étendre faute de renseignements.

Nous avons pu constater cette vérité bien des fois sur de nombreux malades qui nous ont été envoyés au début de la guerre, qui n'avaient jamais quitté Paris et n'avaient même pas été incorporés.

On devine dès lors sans qu'il soit besoin d'insister combien ces causes ont agi plus profondément encore sur les soldats, où elles sont venues se compliquer de la fatigue, du surmenage et d'une hygiène parfois défectueuse.

II. — **Formes cliniques.**

Au point de vue des formes cliniques et des symptômes, les états mélancoliques qui se sont présentés à notre observation (et dont nous avons naturellement exclu les états dépressifs symptomatiques de paralysie générale, de même que les formes mixtes dépression-confusion où l'élément confusionnel prédomine), nous permettent le groupement en cinq classes :

1° Dépression mélancolique;

2° Mélancolie délirante;

3° Mélancolie avec idées de persécution (mélancoliques persécutés);

4° Mélancolie anxieuse;

5° Mélancolie avec stupeur.

Nous n'avons pas tenté dans nos données statistiques une délimitation précise et chiffrée de chacune de ces cinq catégories, qui en tenant compte des formes mixtes (mélancolie aiguë avec idées délirantes, mélancolie délirante avec agitation anxieuse) pouvant être classées aussi bien dans une classe que dans l'autre, n'aurait en somme été guère plus précise que l'approximation suivante :

La première forme (dépression mélancolique, mélancolie aiguë) a été la plus fréquemment observée et l'a été environ deux fois plus souvent que la forme délirante, tandis que la lypémanie anxieuse s'est présentée moitié moins souvent que la lypémanie délirante.

Les mélancoliques avec stupeur, de même que les mélancoliques persécutés, ont été pour nous des cas exceptionnels.

Les observations qui vont suivre forment le principal objet de ce chapitre. Elles se rapportent à chacun des types cliniques annoncés.

Nous nous dispenserons à propos des diverses formes de revenir sur l'étiologie générale traitée au paragraphe précédent. Il est du reste superflu de faire remarquer qu'aucune des physionomies de l'affection ne reconnaît d'étiologie spéciale et que si les mêmes causes ont pré-

sidé au développement de formes différentes de la mélancolie, réciproquement les mêmes formes ont pu reconnaître des causes occasionnelles variées. De même nous ne ferons pas davantage le tableau clinique si connu du syndrome mélancolique, dont l'esquisse sera faite d'ailleurs avec la mélancolie aiguë et qui sera illustré par la suite et rendu avec la couleur qui lui est propre par les observations dont nous publions quelques types.

Dépression mélancolique. Mélancolie aiguë.

Tous les malades rangés dans ce groupe, et nous avons observé toute une gamme progressive, depuis les cas subaigus avec conscience douloureuse de l'état pathologique jusqu'aux cas aigus avec troubles profonds de la conscience, ont présenté quoique à des degrés divers les éléments caractéristiques du syndrome : dépression douloureuse ; ton émotionnel triste ; troubles cénesthésiques pénibles (sentiments de malaise, de changement, de fatigue (céphalées), actes hésitants, aboulie ; avec dans la sphère physiologique phénomènes de ralentissement fonctionnel organique et, dans la sphère psychique, ralentissement de toutes les manifestations intellectuelles.

Ressassement des pensées tristes, parfois banales mais souvent aussi en rapport avec les préoccupations morales causées par la guerre dont les plus fréquentes sont les chagrins causés par l'éloignement de la famille, l'absence de nouvelles, la nostalgie, les inquiétudes

éprouvées sur le sort d'une personne chère, souvenir de visions guerrières pénibles, de fatigues et d'émotions durant la campagne... parfois aussi la crainte de marcher à l'ennemi.

Observation 1.

Dépression mélancolique simple. — Absence de nouvelles. — Territorial n'ayant pas vu l'ennemi. — Amélioration rapide. — Rechute. — Nostalgie.

Br..., âgé de 39 ans, cultivateur de la Sarthe, a été mobilisé dès le 5e jour de la mobilisation dans un escadron du train des équipages. Bon rural, doux, sobre, il n'a jamais été malade et son hérédité n'offre rien de spécial.

Parti de bon cœur il est resté au dépôt et a été occupé aux réquisitions jusqu'au 21 septembre, puis employé à cette date au service du ravitaillement.

Au début tout allait bien, mais bientôt lui qui n'avait jamais été triste, s'ennuyait sans motifs, nous dit-il, puis ainsi qu'il l'a confié à sa femme, comme il ne recevait pas de nouvelles des siens son découragement augmentait. Très fatigué, on lui conseillait à la compagnie de se faire soigner, et il était bientôt évacué sur le Val-de-Grâce, où l'on constatait qu'il était atteint de dépression mélancolique, avec aboulie, sentiment d'impuissance, découragement, accès de désespoir non motivés. Demi-mutisme par intervalles... (Dr Briand).

Conduit le lendemain à Villejuif, le malade orienté imparfaitement se présente triste, déprimé, découragé. Il rassemble péniblement ses idées et l'interrogatoire est difficile.

Cependant, petit à petit, le malade se réveille et nous pouvons communiquer avec lui beaucoup plus facilement. C'est alors que nous apprenons les quelques détails de son histoire rapportés plus haut. Très rapidement l'état dépressif disparaît. Br... qui travaille régulièrement se sent guéri et demande à repartir, en affirmant ses sentiments patriotiques.

La guérison s'était affirmée de plus en plus, lorsque le 20 décembre et cette fois sans que l'absence de nouvelles puisse être invoquée, le malade entre de nouveau dans une période de mélancolie, avec pleurs et découragement.

Cette dépression existe encore à la date du 25 décembre et malgré ses efforts le malade ne peut vaincre sa tristesse et son abattement. Le sommeil est mauvais, l'alimentation difficile à cause de l'anorexie.

Le malade qui exprime la nostalgie de son chez soi n'a pas d'idées délirantes.

Observation 2.

Officier territorial. — Souci des responsabilités. — Éloignement de la famille. — Dépression mélancolique avec courte période délirante. — Mélancolie avec conscience. — Neurasthénie.

Le lieutenant P..., de la réserve de l'artillerie territoriale, a été mobilisé le 14 août. Il est entré dans le service le 8 décembre, présentant un état de dépression mélancolique en voie d'amélioration.

Nous notons dans ses antécédents héréditaires un point intéressant.

Il est le fils d'une mère neurasthénique, triste souvent sans motif, qui n'a jamais déliré. Sa santé physique est parfaite et son humeur habituellement équilibrée, mais nous relevons dans ses antécédents personnels un accès de dépression survenu il y a trois ans, attribué à la fatigue et au surmenage à l'époque des grandes chaleurs. La dépression ne s'est pas accompagnée de délire et a du reste été si courte que personne ne s'en serait en somme aperçu dans l'entourage, si le malade attentif à rechercher les moindres précédents de la crise actuelle ne l'avait accusée spontanément.

M. P..., ingénieur au service d'une grande compagnie, s'était surmené depuis la mobilisation, avant son incorporation, puis dans le fort du camp retranché où il avait été placé. La préparation de la défense lui avait causé beaucoup de soucis, d'autant plus qu'il doutait de ses faibles connaissances militaires d'officier récemment promu. (De tout temps scrupuleux il a toujours manifesté un gros souci des responsabilités « évitant d'accepter les travaux qu'il ne se sentait pas capable d'effectuer. »)

Tant que la période de tension a existé, malgré sa fatigue, il s'est surmonté et s'est employé utilement à maintenir l'ardeur de ses territoriaux, mais vers le 15 septembre, le calme revenu, il n'a pu résister davantage et s'est abandonné à sa tristesse. Déprimé il pleurait: ne pouvait pas chasser de son esprit l'idée qu'il était indigne d'avoir accepté un grade dont il n'aurait pas été capable de remplir les obligations en cas de danger.

Une erreur aurait pu être grosse de conséquences et il se reproche

d'avoir pu conduire ses soldats à la mort par son incapacité. Entre temps le sommeil était très troublé, P... souffrait d'insomnies depuis près de trois mois ; cette insomnie s'aggravait de cauchemars où revenait constamment ses soucis des responsabilités encourues.

Aussi se trouvait-il indigne de vivre et ne pouvait résister à ses idées de suicide qu'en pensant à sa femme et à ses quatre enfants.

Ces idées délirantes n'ont jamais été exprimées à l'entourage mais ses hommes s'apercevant de son découragement en ont parlé au médecin qui a insisté pour lui faire prendre du repos

A l'entrée dans le service, le malade parfaitement lucide et orienté était déjà en convalescence et se rendait un compte exact de la nature pathologique de la dépression et du délire.

Pendant le court séjour qu'il y a fait l'amélioration a progressé rapidement. Un point intéressant à noter dans l'étiologie de l'affection c'est l'importance que le malade accorde pour expliquer son découragement allant jusqu'au délire, à l'éloignement de sa famille.

Depuis le retour de sa femme et de ses enfants il avait, dit-il, eu conscience de son état et « tout ragaillardi » s'était repris à la vie.

De fait nous pouvions constater que chaque visite modifiait heureusement l'état du malade qui, 6 jours après, pouvait être rendu à la liberté après avoir été réformé temporairement suivant le certificat ci-après du docteur Colin qui résume la situation : « Atteint de neurasthénie avec dépression mélancolique. Très amélioré ne présente plus d'idées délirantes. Conserve cependant quelques symptômes de faiblesse physique, une diminution légère des facultés intellectuelles (incapacité de se livrer à un travail suivi, amnésie légère). Il y aurait lieu de le mettre hors cadre pendant quelque temps afin de lui permettre de se reposer et de se guérir complètement ».

Mélancolie délirante.

Nous retrouverons dans ce groupe les mêmes symptômes que précédemment auxquels viennent s'ajouter des idées délirantes mélancoliques d'indignité, de ruine, de culpabilité, d'auto-accusation, des illusions et interprétations et parfois aussi des hallucinations.

Ces idées délirantes monotones, parfois rétrospectives, sont le plus souvent d'ordre militaire (responsabilité

encourue dans la déclaration de guerre, accusations d'indiscipline, crainte d'être fusillé, d'être envoyé en captivité, peur du peloton d'exécution, du conseil de guerre, etc.).

Observation 3.

Alsacien. — Fantassin : aurait été traité de Boche. — Fatigues de la campagne. — Débilité. — Dépression mélancolique. — Amélioration à l'entrée bientôt suivie de rechute. — Pleurs, mélancolie délirante.

T..., peintre âgé de 32 ans, est un Alsacien qui pendant son service militaire accompli en Allemagne s'était évadé pour venir servir en France.

Sans antécédents héréditaires, bon ouvrier, de bonne santé habituelle il était, nous dit-on, avant le départ pour la guerre, calme, travailleur, rangé, pondéré. Mobilisé dans un régiment d'infanterie il avait écrit des lettres affectueuses, empreintes de patriotisme et des meilleurs sentiments français.

Comment et dans quelles conditions il est tombé malade? nous ne le savons pas. A l'asile de Villejuif, le 8 octobre, nous le trouvons triste, préoccupé, mélancolique. Il se plaint à nous d'être très fatigué par la vie des tranchées, de souffrir de céphalalgies persistantes pendant lesquelles il a la sensation qu'il est changé, que sa tête tourne, et aussi d'insomnies et d'agitation nocturne.

Larmoyant, indigné, il explique sa mélancolie et la justifie à son gré en se plaignant des misères que lui ont faites ses camarades de régiment.

On le brimait et on l'accusait d'être un Prussien, un sale Boche, suprême injure pour un Alsacien dont le père avait combattu pour la France en 70 et qui, sans peur des shrapnells, d'un cœur de bon Français, s'apprêtait à mourir pour la Patrie.

A tout prendre, cet état dépressif chez un débile, quoique exagéré, pouvait reposer sur un fonds réel de plaisanteries de régiment mal interprétées dans un sens douloureux. Nous comptions sur l'observation dans le calme d'une maison de repos pour nous éclairer sur le bien-fondé de ces interprétations. Pendant les trois premières semaines de son séjour l'état de T... s'était amélioré, il paraissait plus réveillé, d'humeur moins sombre.

L'appétit et le sommeil étant revenus, nous étions en droit de

compter sur une convalescence rapide, lorsque le 11 novembre nous assistions à une rechute : l'accès, non motivé cette fois par l'attitude de ses camarades, se montrait absolument identique au premier.

T... retombait dans son état d'accablement et de tristesse, se plaignant des allusions de l'entourage, ses camarades n'osant pas lui dire directement qu'il est un Boche, le disent entre eux. Il se lamente, préférant dit-il la mort à cette appellation infamante. Actuellement l'accès dure encore à l'état plus aigu. T... délirant est convaincu que ses camarades veulent l'assassiner. Il en est sûr puisque quand il somme un camarade de le persuader du contraire celui-ci hausse les épaules. Il sent du reste l'hostilité de tous.

On le regarde d'un drôle d'air en disant entre autres choses qu'il n'y a pas assez à manger, ce qui, pour lui, veut dire clairement que les malades pensent qu'on ne devrait pas nourrir un Prussien. Désolé, suppliant, il demande qu'on le laisse vivre ou que du moins, puisque son arrêt de mort est signé, on lui permette de mourir pour la France en le renvoyant au feu.

Les symptômes physiques de l'état mélancolique peuvent être constatés et ont suivi parallèlement la marche de l'accès dépressif psychique et du délire.

Le faciès est douloureux, la parole pénible à tonalité basse, la langue est saburrale, l'appétit est mauvais et le sommeil troublé.

Observation 4.

Soldat territorial. — Pas d'hérédité. — Caractère habituellement triste. — Un accès antérieur. — Mélancolie délirante survenue quelques jours après l'arrivée sur le front. — Idées d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation. — Illusions et hallucinations visuelles fugaces.

R. A..., viticulteur âgé de 35 ans, a été mobilisé le 3 août dans un régiment d'infanterie territoriale. Envoyé à la frontière dès le début de novembre il ne s'est pas battu, n'a jamais vu l'ennemi et a dû être évacué dans le service le 15 novembre pour mélancolie délirante.

Voici son histoire : R... appartient à une famille parfaitement équilibrée. Son enfance a été normale, il était d'une intelligence vive et précoce, avancée pour son âge ; lorsque à 12 ans il changea brusquement de caractère sans cause apparente. A partir de ce moment il se montre taciturne, le travail lui devient pénible. Distrait à l'étude il

ne peut obtenir son baccalauréat et rentre dans sa famille pour s'occuper de ses terres qu'il gère cependant assez bien. De caractère doux, paisible, il est resté un enfant montrant une affectivité exagérée, puérile. Très doux, il a toujours eu peur de mal faire, se montre préoccupé quand il a cru mécontenter quelqu'un... Le fond de son caractère est plutôt triste, sans alternances du ton émotionnel. Il a fait son service militaire comme musicien et dans de bonnes conditions, il s'est marié et son petit garçon est bien portant, d'une intelligence vive et précoce.

Vivant dans un milieu rural, entouré de l'affection des siens, il n'a pas eu à souffrir de l'existence; cependant avant son mariage, il y a 10 ans, il a fait un accès de mélancolie.

Cet accès fut léger, peu apparent, au point que la famille put le tenir secret et éviter l'internement. Il était plus triste que de coutume et faisait des grimaces. Son émotivité était exagérée et le médecin qui le soignait exprima son état par cette phrase : « Il a le cœur d'un enfant ». Le retour à l'état habituel avait été rapide.

Il vivait comme nous l'avons vu lorsque la guerre éclata. Les premiers mois passés dans un dépôt avec des compatriotes on ne remarqua rien de spécial, mais le 2 novembre incorporé avec des inconnus, ce dont il se montra affecté, dans un nouveau régiment en partance pour la frontière, son état changea. Triste, et ne pouvant vaincre sa mélancolie, n'écrivant plus aux siens, il dut être bientôt évacué parce qu'on avait constaté son abattement et son découragement.

Admis dans le service, nous l'avons vu déprimé, on pleurs, exhalant des plaintes d'une voix basse, hésitante. Aux symptômes de la mélancolie aiguë viennent s'ajouter des idées délirantes. Il regrette d'avoir mal manœuvré, de ne pas savoir faire l'exercice, ce qui l'expose à faire des bêtises et à de terribles punitions. Il s'accuse d'avoir insulté ses officiers en imagination et il mérite d'être fusillé pour son crime. Cependant il supplie qu'on ne le fasse pas passer en conseil de guerre. Humble, dans une attitude de prière il pleure, quémandant son pardon; avec force génuflexions il exprime puérilement ses regrets et le ferme propos qu'il a de ne plus recommencer.

Sa culpabilité est flagrante mais il sollicite humblement qu'on l'oublie.

Les jours suivants, fatigué pour une dysenterie avec fièvre, selles nombreuses, sanglantes avec ténesme et épreintes, l'état mental de notre malade ne varie pas; à la quinzaine l'attitude est identique. Les idées délirantes monotones restent les mêmes, des illusions et des hallucinations sont venues agrandir le tableau clinique. R... croit reconnaître parmi les infirmiers du service les officiers qu'il a insultés

en imagination; on le voit se lever, s'approcher de la fenêtre et faire le salut militaire longuement, saluant dans une attitude contrite les officiers qu'il croit voir passer dans la cour déserte. Ces hallucinations visuelles, toujours les mêmes, n'ont pas persisté plus de trois jours. Les idées de culpabilité, les auto-accusations varient peu. Cependant de temps en temps le malade demande qu'on ne lui tienne pas rigueur des mots grossiers à l'adresse de tout le monde qu'il a dans la tête pendant ses insomnies.

Un mois après l'entrée, une détente se produit graduellement. L'état général est meilleur, l'appétit renaît et le sommeil réparateur survient conduisant insensiblement R... à l'état actuel, qui est encore légèrement déprimé et sombre (ce qui d'après les renseignements est l'état normal du malade), R... se rend compte de la nature pathologique de ses « imaginations » et il qualifie sa maladie d'imaginaire.

Observation 5.

Adjudant d'infanterie.— Un accès de dépression en 1896.— N'a pas été au feu. — Chagrin d'avoir perdu sa place avant la guerre. — Privé de nouvelles des siens. — Excès alcooliques. — Deuxième accès de mélancolie. — Craintes, scrupules.— Période délirante. — Anxiété passagère. — Convalescence.

O..., 43 ans, adjudant d'infanterie, a été mobilisé dans les premiers jours d'août. Utilisé dans des services d'arrière il n'a jamais été à l'ennemi.

Soldat de carrière, après avoir été enfant de troupe, il a fait les campagnes de Crète et de Madagascar, et a pris sa retraite il y a dix ans en qualité d'adjudant.

Son hérédité n'offre rien à retenir. En 1896 il dut être mis en congé pour soigner un accès de dépression mélancolique, survenu à la suite d'ennuis pour des affaires de famille et d'une déception amoureuse; accès pendant lequel il était triste et déprimé dit-il comme aujourd'hui. Cet accident guérit rapidement et ne nécessita pas l'internement.

Son caractère est doux et affectueux, mais il est craintif, susceptible, scrupuleux, souvent triste pour des motifs futiles. Son cerveau très sensible à l'action du poison alcoolique fait qu'il ne supporte pas la boisson.

Au moment de la mobilisation, il était dit-il déprimé, parce qu'il venait de perdre sa place de garde particulier qu'il avait occupée

depuis sa retraite; quelques excès de boisson auxquels il s'était livré dès le début de la mobilisation l'ont rendu encore plus triste et plus découragé. Néanmoins il faisait son service correctement et sa mélancolie n'a nécessité l'évacuation que vers le milieu de novembre.

Il nous expose dès l'entrée les motifs de son découragement auxquels se joignait la tristesse causée par le manque de nouvelles de sa famille résidant dans une région envahie. Confessant ses accès alcooliques, déprimé, humble, il s'accuse d'être un retraité, par conséquent un grugeur de l'État, d'avoir voulu se faire passer pour plus malin qu'il n'est, alors qu'ayant quitté l'armée depuis longtemps il était nul au point de vue militaire. S'il avait eu de la dignité il aurait dû rendre ses galons et ne pas déblatérer contre ses officiers qui ne le méritaient pas et pour lesquels, bon soldat sans l'appoint toxique, il n'aurait eu autrefois que du respect.

Ce manque de respect à des supérieurs le tourmentait tellement qu'il a été l'avouer à ses chefs, acceptant telle punition qu'ils voudraient lui infliger... En fin de compte il fut adressé au major qui reconnaissant en lui un malade l'envoyait chez nous peu après.

Nous n'avons appris ces détails de O... que peu à peu, car dès le début, honteux, abîmé dans le chagrin, il avait peine à se confier à nous. Il ne se trouvait pas digne d'abuser de nos instants, assez coupable, pensait-il, d'avoir donné un surcroît de besogne à la censure en écrivant des lettres trop longues.

Ces scrupules exagérés faisaient place les jours suivants à un délire mélancolique plus intense au cours duquel il s'accusait de péchés de jeunesse. Son adolescence avait été très coupable, et il ne doutait pas de l'hostilité de l'entourage qui, il s'en apercevait bien, devait être au courant de son ignominie. En proie à une véritable anxiété, tremblant, en pleurs, il déclarait mériter la punition qui devait fatalement l'atteindre, et il attendait la mort qu'il se serait donnée lui-même en se brûlant la cervelle, alors qu'il était en possession de ses armes, s'il avait pu penser que son indignité connue de tous le vouait aux pires supplices.

Cependant O... sur nos conseils réagissait et bientôt, s'occupant régulièrement, il retrouvait un peu de calme. Les symptômes physiques de dépression qui accompagnaient le délire s'amendaient petit à petit. Progressivement le malade arrivait à l'état actuel. Moins d'un mois après le placement, la convalescence commençait. Aujourd'hui le scrupuleux adjudant est calme et juge sainement sa période dépressive pathologique.

Mélancolie avec idées de persécution.

Les mélancoliques persécutés ont été à vrai dire peu nombreux. Nous en donnerons ci-dessous un exemple. Nous avons cependant tenu classiquement à les séparer des autres formes mélancoliques puisque de tels malades présentent des délires associés de persécution et de mélancolie : Victimes résignées ayant à se plaindre d'agissements dolosifs, qu'ils ressentent péniblement sans chercher le moins du monde à en tirer vengance.

Observation 6.

Artilleur de réserve. — Persécuté mélancolique. Victime innocente mais résignée.

C..., imprimeur âgé de 34 ans, soldat artilleur de réserve a été évacué du front le 8 novembre 1914.

Nous ne connaissons sur ses antécédents héréditaires que des renseignements peu précis. Son père serait un buveur d'habitude. Le malade est un débile, bon ouvrier, sobre, docile et doux, mais d'un caractère enclin à la tristesse, se figurant facilement qu'on ne l'aime pas et récriminant vaguement contre le mauvais vouloir de l'entourage.

Mobilisé dans les premiers jours d'août il est parti courageusement mais il n'avait eu l'occasion de se battre que 2 jours lorsqu'on a dû lui donner des soins.

A l'arrivée dans le service il était triste, las, découragé de la vie, disait-il, parce qu'on lui avait fait trop de misères à sa batterie. Larmoyant, protestant de son innocence, navré qu'on s'attaque à un bon garçon comme lui, il nous raconte qu'au régiment les camarades étaient toujours après lui, qu'on le regardait d'un drôle d'air, qu'ils le traitaient comme un chien, l'insultaient, l'appelaient voleur, disaient qu'il était fou, le suivaient dans les bois pour lui faire un mauvais parti, menaçant de tirer sur lui, faisant le geste de le viser avec un mousqueton... Depuis qu'il ne pouvait plus douter de l'hosti-

lité que des camarades excités par des « Parisiens » montraient à son égard il se trouvait tout drôle, tout changé, mortellement triste, sujet à des crampes d'estomac, privé d'appétit, souffrant de la tête et d'insomnies.

Son découragement lui faisait désirer la mort, mais il ne pensait pas à se la donner.

Évacué, il s'est montré très anxieux pendant tout le voyage, il a entendu qu'on parlait de le zigouiller; il est résigné, il n'a plus qu'à attendre la mort ici, puisque à l'arrivée dans le service il a compris qu'on parlait de lui en mauvais termes et qu'on décidait de lui faire un mauvais parti.

Les infirmiers lui donneront un coup de couteau puisqu'ils crient à tout instant : « On le zigouille ! on le zigouille ! »

Plein de résignation il pleure et il ne peut s'empêcher de dire qu'il n'a rien fait pour mériter un pareil sort.

Bien orienté, lucide, mais lent et déprimé, malgré nos exhortations il conserve dans le service le même découragement, les mêmes idées délirantes et ses invariables hallucinations auditives (On le zigouille !) ne se montrent qu'épisodiquement. Tout lui est un sujet de crainte, les camarades circulent autour de lui, le regardent drôlement et il vit anxieusement dans l'attente de la mort prochaine.

Rien n'y fait, ni le repos, ni l'isolement, ni les encouragements. Actuellement il se présente avec la même physionomie clinique. Toujours solitaire, le dos voûté, tassé, il ne s'est que rarement départi de son attitude résignée, mélancolique. Il pleure fréquemment, sa parole est lente, ses pas chancelants, son regard craintif. Le délire est monotone et s'est peu étendu. Ces temps derniers son alimentation est devenue difficile, il pense que puisqu'on ne le zigouille pas on pourrait l'empoisonner. Le sommeil est encore troublé et actuellement l'affection est encore en pleine période d'état.

L'examen viscéral ne dénote aucun trouble notable.

Mélancolie anxieuse.

Le sentiment d'inquiétude pénible entretenu par les idées délirantes peut au cours du délire mélancolique produire des états d'anxiété passagère. Nous n'avons envisagé pour la justification de ce groupe que les

états où l'anxiété après avoir coexisté avec le délire devient l'élément primordial.

Ici les idées délirantes (même couleur, même actualité) inspirant des craintes perpétuelles ont produit des états d'agitation inquiète d'intensité variable, avec gesticulations, gémissements, pleurs et lamentations. Cette réaction triste avec agitation s'accompagnant à des degrés divers de sensations de vide, de vertige, de dérobement des jambes avec sueurs et tremblements plus ou moins généralisés.

Observation 7.

Hérédité mélancolique. — Prédisposition. — Fond triste du caractère sans alternances du ton émotionnel. — Accès antérieurs dépressifs. — Déprimé au moment de la mobilisation. — Mélancolie anxieuse trois mois après l'incorporation. Actuellement en période d'état. — Contagion.

J..., âgé de 32 ans, instituteur mobilisé dans les premiers jours d'août et placé dans un groupe d'aviation, puis dans un régiment d'infanterie, n'a jamais vu l'ennemi. Il a été atteint de délire mélancolique au début d'octobre.

Son hérédité est lourde : Le grand-père maternel pris de frayeur à la suite d'un incendie, devenu mélancolique et dément à l'âge de 60 ans avait toujours peur de mourir par le feu. Un oncle maternel fonctionnaire puni légèrement pour manquement accidentel dans le service s'est suicidé après une courte période d'inquiétude et de mélancolie laissant ce simple mot : « Incapable, je me tue ».

La mère très nerveuse et très impressionnée par la maladie de son fils accourt à l'hôpital sous l'influence de phénomènes télépathiques qui lui font craindre qu'il ne soit arrivé malheur à son fils.

Notre malade a hérité de la branche maternelle : et comme il était dit que les incendies devaient jouer un grand rôle dans la famille il est pris dès l'âge de 5 ans d'une grande frayeur à la vue d'un incendie. A partir de ce moment le jeune J... est souvent en proie à des cauchemars et à des terreurs nocturnes. Très impressionnable, il se fai-

sait remarquer tout jeune par son caractère timoré et ses jeunes camarades disaient en parlant de lui. « Il a peur de tout ». A 17 ans, fatigué par ses études, il souffre de fréquentes céphalées et se plaint à nouveau de cauchemars, de visions nocturnes et fantomatiques qui le font appeler au secours comme un petit garçon.

Docile, affectueux, bon, mais d'humeur sombre, sans alternances du ton émotionnel, peu liant, n'aimant pas les plaisirs de son âge, il est soigné à cette époque pendant 3 ans pour neurasthénie : Soucieux, émotif, mis en anxiété par la lueur d'un incendie, malade, tremblant, pour avoir entendu le son de la trompe des pompiers.

Cet état cesse après l'obtention de son diplôme de bachelier, et l'abandon de ses études de licence pour rentrer dans l'enseignement primaire qui lui permettra de ne pas vivre éloigné des siens dont le réconfort lui est indispensable.

A son départ pour le régiment il est à peu près en équilibre et il accomplit sans à-coups son année de service militaire. Depuis le fond du caractère n'a pas changé, et il a rempli ponctuellement ses fonctions, à la satisfaction de tous Cependant épisodiquement les troubles présentés à la 17e année se sont représentés sans qu'on en puisse trouver une cause valable émotionnelle ou infectieuse, en août 1913 et en juin 1914 (le malade avait alors 32 ans). Toujours « rêveur », dit le père, il avait de « grandes inquiétudes », des cauchemars et des visions terrifiantes à caractère enfantin.

Ces troubles se sont montrés jusqu'au moment de la mobilisation.

Mobilisé dans de pareilles conditions, J... ne pouvait pas faire un brillant guerrier et de fait, versé du groupe d'aviation dans un régiment d'infanterie, un délire mélancolique ne devait pas tarder à s'installer.

Arrivé à L... fin septembre, J... s'est montré préoccupé et sombre, écrivant de nombreuses lettres éplorées à sa famille qu'il suppliait de venir le voir pour la dernière fois. Au quartier il recherchait la solitude, était surpris versant d'abondantes larmes, se lamentant de savoir les siens si éloignés de lui. Déjà à cette époque les camarades notaient sa dépression psychique : il ne parvenait pas à se rappeler le nom de ses voisins et « prétendait voir son père parmi les personnes présentes ».

Le 1er octobre il se reposait après une marche lorsque la sonnerie du clairon détermina chez lui un ébranlement nerveux qui le fit se rouler à terre en criant. Relevé en pleine crise d'agitation il est maîtrisé difficilement et transporté à l'hôpital militaire où il serait resté sans connaissance jusqu'au lendemain.

De pareilles crises se seraient reproduites à plusieurs reprises. Nous avons pu heureusement en observer une dans le service et éliminer la possibilité d'un accident comitial.

Le 8 novembre il obtenait un congé de convalescence de 2 mois et rentrait dans sa famille où il passait une quinzaine avant son entrée dans le service, le 21 novembre 1914.

Dans le milieu familial il se montrait fatigué, souffrant de maux de tête permanents; se plaignant de manquer de mémoire, de sentir du vide dans son cerveau. Les nuits dans l'isolement il avait peur. La compréhension était lente, on devait répéter les questions; il associait si péniblement ses idées qu'il préférait répondre : « Je ne sais pas ». Cependant il sortait de sa torpeur pour répéter à maintes reprises qu'on allait le tuer sa convalescence terminée.

Dès notre première entrevue, J .. se présente dans une attitude douloureuse; il reste immobile, les traits tirés, la tête retombe sur la poitrine, il pleure silencieusement, tressaille au moindre bruit et bientôt s'approche anxieusement pour voir ce que j'écris. Malgré l'insistance et les encouragements prodigués il reste muet et ne répond pas à l'interrogatoire d'identité. Pressé de questions, il soupire, reste longtemps abîmé la tête dans les mains et après de multiples exhortations on arrive à comprendre qu'il souffre de la tête.

La voix est basse. L'expression est lente. Invité à écrire, il essaye de tracer les premières lettres de son nom. Le temps de réaction est énorme et aussitôt explosent dans un état anxieux la mimique exprimant l'effroi, la terreur, des expressions de crainte. « Peur! ne me faites pas de mal! Peur d'être tué! les Allemands! »

Le malade est alité et isolé mais le même état panophobique persiste. Entre-t-on dans sa chambre, on le surprend la tête cachée sous les draps.

Le découvre-t-on, le voilà agité d'un tremblement; une réaction peureuse s'empare de lui et il tombe dans un état d'agitation notable, pleurant et gémissant. Au paroxysme de la terreur il se lamente et supplie : « Ne me faites pas de mal! ne me faites pas de mal! »

Levé quelques heures par jour il passe dans la salle de réunion où il se tient le plus souvent assis dans un coin, la tête cachée contre le mur.

Le 28 novembre, à la contre-visite, accompagné d'un collègue étranger au service nous le trouvons debout; à la vue d'un inconnu, J.. est au paroxysme de la terreur et de l'anxiété; il tombe à terre, se roule, se débat, donnant des coups de pied et des coups de poing. Relevé il paraît un peu hébété et porte à droite et à gauche des regards soupçonneux.

Nous étions en présence d'une des crises convulsives signalées. Le lendemain matin, J... conserve la même attitude craintive, apeurée et garde un demi-mutisme; mais quelques instants après, comme il était un peu réconforté par une visite de son père, nous l'interrogeons au sujet de sa crise : il en a gardé le souvenir puisqu'il nous explique qu'il est tombé pour se cacher sous terre, mais il ne nous donne aucune explication sur ses mouvements désordonnés (il n'y avait eu au reste, ni morsure de la langue, ni émission d'urines). Pendant le mois de décembre, nous assistons au début à une amélioration passagère mais J... retombe bientôt dans son anxiété. Voûté, lent, douloureux, il a des terreurs paroxystiques ; lorsqu'on le surprend, il exprime parfois d'une voix forte, précipitée, l'angoisse que lui causent des hallucinations terrifiantes monotones. « Ils sont là dans le coin. Ils viennent de le dire : C'est J. . l'instituteur, on va le tuer ». Ces paroxysmes se produisent aussi bien le jour que la nuit.

Actuellement cet état persiste avec des alternatives d'amélioration légère et de rechute. Pendant les périodes d'aggravation on peut constater le retour des hallucinations et J... se laisse surprendre haletant, accroupi devant la bouche de chaleur de la pièce qu'il occupe, cherchant à surprendre une de ces voix qui le terrorisent.

La psychothérapie paraît avoir sur lui une action momentanée mais si fugace que moins d'une heure après il retombe dans son agitation anxieuse. « C'est plus fort que moi, dit-il, jurez-moi que je n'irai pas au feu et qu'on ne me fera pas de mal ». Nos affirmations ne le tranquillisent que pour un temps très court.

Un point intéressant de son histoire, et qui nous a contraint à l'isoler rigoureusement, est la contagion que sa terreur et son anxiété avaient momentanément opérée sur l'entourage immédiat. Cette contagion a néanmoins été circonscrite et s'est limitée à deux ou trois cas chez des sujets impressionnables déprimés sans grand délire qui se sont montrés dans son voisinage influencés par son exemple, anxieux passagèrement. L'isolement de J... a pu conjurer rapidement des phénomènes contagieux plus sérieux.

Stupeur mélancolique.

Pour terminer, nous donnerons un de nos deux cas de stupeur mélancolique. Ce degré maximum de la mélancolie n'a pas été atteint d'emblée, comme il est de règle, et a suivi un état de mélancolie aiguë ou délirante.

Observation 8.

Emotion pendant le bombardement de sa tranchée. Phase de mélancolie aiguë sans délire suivie d'une période délirante avec anxiété, puis de stupeur.

F..., âgé de 30 ans, employé dans une compagnie de messageries maritimes, de retour de voyage au 11e jour de la mobilisation, a rejoint aussitôt un régiment d'infanterie de réserve. Fin octobre il combattait dans des tranchées du Pas-de-Calais. Copieusement bombardé, très émotionné par les obus qui tombaient dru dans son retranchement, causant la mort de ses voisins immédiats, il a dû être évacué vers l'arrière.

Tout d'abord triste, déprimé, la vue troublée, il se lamentait sur les horreurs de la guerre, mais ne délirait pas à proprement parler. Mais quelques jours plus tard, l'état mélancolique s'accentuant, le délire apparaissait.

F... avait peur d'être fusillé, de passer en conseil de guerre, croyait sa fin prochaine et inéluctable... On avait dû le placer dans la section spéciale de l'Asile de Villejuif le 4 décembre, pour agitation anxieuse au cours du délire mélancolique.

Nous le trouvons dès l'arrivée déprimé, anxieux, gémisseur, exprimant ses conceptions tristes, hypocondriaques et mélancoliques, répondant aux question posées par un : « A quoi bon ? puisque je suis condamné à mort » découragé.

Depuis l'entrée jusque vers le 20 décembre, l'état mental n'a guère varié, mais le malade a ajouté à ses idées délirantes des idées d'autoaccusation de péchés dont il doit faire pénitence, et demander pardon à Dieu, et des idées de damnation. Actuellement et depuis la date indiquée précédemment, un état stuporeux a remplacé l'agitation anxieuse.

D... est couché dans son lit dans une immobilité de statue, les yeux clos, il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Ses membres sont inertes, mais nous avons pu parfois constater le phénomène de la flexibilité cireuse.

Le malade s'alimente difficilement et gâte fréquemment.

III. — Évolution.

L'évolution des affections mélancoliques chez les militaires traités s'est montrée dans l'ensemble favorable.

La guérison s'est produite le plus souvent en quelques semaines, ainsi qu'en témoignent quelques-unes des observations rapportées.

La convalescence progressive, pendant laquelle la dépression s'atténue, les idées délirantes deviennent moins obsédantes, tandis que les fonctions physiologiques se régularisent, que l'activité se réveille, permettant un travail léger puis des occupations plus régulières, a été presque aussi souvent observée que la convalescence par étapes, avec alternatives d'amélioration et de rechute. Dans beaucoup de cas, heureusement terminés, les malades demandaient spontanément à être incorporés après une convalescence dans le milieu familial dont le souvenir a tenu une si grande place dans le cours de l'affection.

Notre observation n'a pas pu être d'assez longue durée pour que dans aucun des cas encore en évolution il nous soit possible de parler de chronicité. Nous croyons du reste qu'aucun des malades traités ne nous a offert des signes permettant de pronostiquer le passage à l'état chronique.

Nous devons cependant rapporter avec l'observation le cas unique où la tendance à la chronicité est néanmoins douteuse, mais où nous avons assisté à la conservation du délire primitif coïncidant avec une amélio-

ration de l'état dépressif, permettant au malade de s'intéresser dans une certaine mesure aux choses qui l'entourent, et une disparition parallèle des troubles physiologiques.

Observation 9.

Débilité mentale originelle. — Mélancolie délirante après une intoxication alcoolique légère. — Idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité, de châtiment... Guérison tarde à se produire malgré la rapide disparition des signes physiques de la dépression.

S..., cultivateur âgé de 30 ans, a été versé au moment de la mobilisation dans un régiment d'artillerie. Employé au service du ravitaillement il n'a jamais vu l'ennemi. Il a dû être placé le 15 novembre, après un court séjour dans un hôpital où il avait été placé à la suite d'excès de boisson.

Arrivé dans le service, guéri de l'accès alcoolique, il s'est présenté à nous comme un débile atteint de mélancolie délirante.

Humble, résigné, attendant la mort qu'il mérite et qu'il ne veut pas se donner parce qu'il est maudit et qu'il doit souffrir en expiation de ses péchés et de ses vices, il exprime avec le délire d'auto-accusation l'élément principal de sa tristesse. Le délire est actuel et rétrospectif : Il est pourri de vices et déjà, tout jeune, il avait eu des pensées coupables dans le lit de sa mère.

Il aurait dû être supprimé pour une pensée aussi horrible, mais il a été épargné et vendu au diable, peut-être est-il le diable lui-même. Il n'aurait cependant jamais pensé à son péché, si pendant la guerre, il n'avait été obligé de s'avouer ses crimes et ses responsabilités dans la production du cataclysme européen. S... ne doute pas en effet que si la France a été envahie c'est à cause de ses forfaits. Il cause par son ignominie la mort de beaucoup d'hommes, d'autant plus qu'il a parfois la pensée coupable qu'on va être battu et qu'aussitôt l'Allemagne gagne du terrain. Il est le plus coupable des hommes et si tout va mal c'est à cause de lui. Du reste les journaux le désignent à mots couverts au mépris universel et les camarades lui marquent leur répugnance. C'est justice, car il est une mauvaise bête, un vicieux qui doit expier par la mort. On le fera disparaître après l'avoir brûlé et fait souffrir comme il le mérite. (Peut-être cette conception est-elle hallucinatoire auditive, mais nous ne saurions l'affirmer.)

Cet état dure jusqu'à la quinzaine où S... est encore convaincu de la légitimité de sa tristesse et de la réalité de ses auto-accusations... Après cette époque une détente se produit. Le malade paraît amélioré l'état physique est plus satisfaisant, la physionomie moins triste, plus éveillée. Le sommeil autrefois peuplé de cauchemars guerriers, troublé par le remords est devenu meilleur, les céphalées ont disparu, l'appétit est régulier et S... s'occupe au quartier.

Mais sous des apparences physiques d'amélioration, malgré une plus grande vivacité et une apparente tranquillité d'esprit, le malade a conservé absolument ses idées délirantes d'indignité, de culpabilité, de ruine. Actuellement encore point n'est besoin d'insister beaucoup pour se convaincre que l'état mental n'a pas changé. L'évolution a été la suivante : Guérison rapide de la dépression avec conservation de certaines conceptions délirantes, les idées de châtiment ont cependant disparu et, grâce à sa débilité, le malade qui reste persuadé de l'influence que ses fautes ont eue dans la production de la guerre n'est pas autrement affecté au point de vue émotionnel Il déclare que la punition ne l'atteindra pas puisqu'il est irresponsable étant venu au monde vicieux.

Enfin, malgré la bénignité générale que nous venons de signaler dans l'évolution, nous avons eu à enregistrer deux cas à terminaison mortelle.

Le premier cas est survenu chez un jeune soldat débilité, entré dans le service en état de stupeur mélancolique, présentant une suspension complète de toute manifestation extérieure d'activité avec circulation ralentie (pouls variant entre 30 et 40 pulsations par minute, extrémités froides et violacées) et température constamment au-dessous de la normale. Moins d'un mois après son admission le malade s'éteignait doucement, succombant par cachexie et congestion pulmonaire. Nous trouvions à l'autopsie une congestion abdominale intense et généralisée.

Notre deuxième cas est celui que nous rapportons,

où le dénouement fatal, manifestation cérébrale d'une intoxication grave a reconnu pour cause un délire aigu venant compliquer la psychose mélancolique.

Observation 10.

Délire mélancolique avec anxiété. Agitation.
Terminaison mortelle par délire aigu.

B..., 32 ans, aucun antécédent héréditaire ou personnel pathologique, bonne santé habituelle, morale et physique (moniteur dans une société de gymnastique ; parti courageusement dès les premiers jours de la guerre a été incorporé dans un régiment d'infanterie territoriale. Du front, probablement dans la région de Reims, il a écrit à sa famille jusqu'au mois d'octobre des lettres affectueuses, ne laissant percer aucune inquiétude. De sorte que l'on s'est étonné dans son entourage d'apprendre qu'il avait été placé dans le service spécial de Villejuif pour « mélancolie avec anxiété, agitation par intervalles. Hallucinations visuelles, insomnies ». Docteur Colin.

Nous ne possédons aucun renseignement sur la cause supposée et le début de la maladie, qui était en pleine période aiguë à l'entrée du malade qui eut lieu le 23 novembre 1914.

Après une nuit agitée, passée debout, le malade allant et venant, exhalant sa douleur en des plaintes et des gémissements continuels, nous le voyons le matin anxieux, tremblant, terrifié par la peur obsédante que de petites bêtes se soient cachées dans son lit ou que nous en apportions.

Il a peur qu'on le tue et s'éloigne de nous dans une attitude peureuse, gardant le mutisme le plus absolu à nos premières questions, puis se plaint à voix basse, dans un marmottement presque incompréhensible de ne pouvoir répondre parce qu'il est très malheureux et qu'au surplus il est mort.

L'état général est mauvais, le malade est fébrile, sa langue est saburrale, son haleine est fétide et il est porteur d'une escarre sacrée.

Les jours suivants, l'état général reste précaire, il existe de la congestion des bases (le thermomètre ne marque que 37°).

L'élément mélancolique bientôt passe au second plan pour laisser le premier pas à l'élément confusionnel. B... comprend difficilement les questions, répond par un bredouillement inintelligible, sa physionomie exprime l'égarement. En proie à une agitation continuelle il

est impossible de le maintenir au lit qu'il croit rempli d'eau et dans lequel il pourrait se noyer. — Couché, il se relève aussitôt, prétendant qu'on l'étend dans la pourriture.

Ce nouvel état qui s'est installé peu après le 5 décembre persiste jusque vers le 10 décembre, époque où une suppuration abondante s'étant produite dans la région lombaire la fièvre s'allume à nouveau. Le malade est très abattu, prostré, gâteux, incohérent.

Des hallucinations visuelles terrifiantes s'emparent de lui dès qu'il sort de sa stupeur. L'alimentation est difficile, les symptômes physiques atteignent leur summum de gravité, la langue est sèche, l'haleine fétide, les lèvres fuligineuses, la peau recouverte de sueurs.

B... se plaint de céphalalgies, portant constamment la main à son front. On observe parfois un tremblement généralisé.

La période d'agitation a été suivie bientôt d'une période d'adynamie définitive avec collapsus, terminée rapidement par le coma et la mort survenue le 18 décembre.

IV. — **Remarques thérapeutiques.**

Les moyens thérapeutiques classiques ont été mis en œuvre pour le traitement de nos malades et nous ne ferons que les signaler en passant. Surveillance compatissante et bienveillante, désintoxication, alimentation substantielle, administration de toniques et parfois hydrothérapie... cure d'alitement interrompue par des essais de retour à la vie commune dans les salles de récréation et passage, au moment opportun, du pavillon de traitement au pavillon de convalescents.

Nous désirons simplement attirer l'attention sur *deux pratiques thérapeutiques* qui ont certainement et d'une façon très visible abrégé la durée de la cure.

C'est d'une part la *reprise du travail* judicieusement dosé, dans chaque cas d'espèce. Occupations mesurées, d'abord, entrecoupées de longues périodes de repos de

moins en moins fréquentes jusqu'à la reprise d'occupations suivies et régulières.

Et d'autre part l'influence bienfaisante dans la plupart des cas, exception faite pour certaines formes de lypémanie anxieuse, des *visites des familles largement tolérées.*

Les préoccupations au sujet de la famille absente, les idées délirantes elles-mêmes ont tenu, nous l'avons vu, une grande place dans la symptomatologie des états dépressifs; par un juste retour ces mêmes états ont été heureusement influencés par les *visites des familles* que nous avons provoquées lorsqu'il y avait utilité, toutes les fois que cela a été possible.

Elles ont été un adjuvant très utile et souvent concluant de la Psychothérapie médicale.

Le plus bel exemple que nous en puissions citer est, entre un grand nombre d'autres, celui qui concerne le cas suivant, observé au cours d'un délire mélancolique différent de nos autres délires mélancoliques en ce qu'il était en rapport avec un état infectieux typhique.

Observation 11.

Territorial ayant combattu trois mois dans les tranchées. — Aucune trace de prédisposition. — Délire mélancolique pendant une fièvre typhoïde. — Disparition rapide à la première visite de la femme, qui a lieu l'infection étant presque jugulée. — Guérison rapide.

A..., comptable âgé de 31 ans, soldat dans un régiment d'infanterie, est atteint d'embarras gastrique au début de novembre dans la tranchée où il combattait. Évacué dans un hôpital parisien il a été envoyé à Villejuif parce qu'il délirait.

A... est enfant naturel, son hérédité connue n'offre rien d'intéressant à retenir, pas plus du reste que ses antécédents personnels qui sont exempts de toute histoire pathologique, physique ou mentale.

L'annonce de la déclaration de guerre l'avait bien émotionné, mais il s'était vite ressaisi et il était parti courageusement. Les lettres qu'il adressait aux siens étaient animées de patriotisme, correctes et affectueuses.

Le 6 novembre, sa femme qui le croyait combattant dans les tranchées avait la surprise de recevoir une lettre délirante dans laquelle notre malade exprimait son découragement, la peur qu'il avait de ne plus revoir sa famille et la certitude qu'il avait d'être fusillé. Accourue à son appel elle le trouvait isolé à l'hôpital pour affection gastro-intestinale fébrile.

Nous voyons le malade pour la première fois le 28 novembre 1914. Nous nous trouvons en présence d'un sujet bien orienté, mais très abattu, mélancolique et délirant, accusant une faiblesse très accentuée, très préoccupé de sa famille qu'il savait disparue, disait-il, après en avoir vu tous les membres passer sous un train en marche, puis l'instant d'après, comme il n'était pas très cohérent, il prétendait entendre ses enfants causer et se plaindre et nous reprochait de les lui cacher.

Au point de vue physique, l'examen nous faisait constater de la fièvre (38°,6), de l'accélération du pouls (84), de la sécheresse de la langue, de la diarrhée, du gargouillement de la fosse iliaque droite, de la splénomégalie, des taches rosées lenticulaires, etc.; nous pensions pouvoir affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde, que l'évolution ultérieure démontra. Les jours suivants, l'état mental restait le même : l'abattement expliqué par la certitude qu'il avait du malheur arrivé à sa femme, plus que par l'état fébrile. Les processus psychiques sont lents, l'esprit concentré sur des pensées tristes; il existe un certain degré de confusion. Le malade ne se ranime que pour se lamenter et répondre à une amie venue lui apporter des nouvelles de ses enfants, que sa femme est bien morte et qu'elle ment.

Le 24 novembre, nous le trouvons à la visite plus anxieux que de coutume; la certitude que tout est détruit chez lui ne se laisse vaincre par aucun argument. La souffrance morale est intense.

Le 27 novembre, l'état typhoïde du malade déclinant, la température descendue à la normale, nous invitons sa jeune femme à venir le voir.

Mis en présence de sa femme et de son petit garçon le malade reste d'abord saisi, puis secoué d'une grande crise de larmes il dit

son contentement de les voir en vie et bien portants et il exprime l'espoir de guérir rapidement. Trois jours plus tard la famille repartait, laissant A... calme, satisfait, en bon état moral et convalescent physiquement. La convalescence s'effectue ensuite normalement, l'état psychique est excellent. A... écrit souvent à sa famille correctement, sans tremblement, s'intéresse aux faits et gestes des siens, de ses amis, donne des détails sur sa vie, son alimentation, etc.

Il est actuellement aussi bien que possible et en pleine convalescence.

TROUBLES DES ACTES
RÉACTIONS ANTISOCIALES. — DÉLITS

Au triple point de vue des troubles des actes, des réactions antisociales et des délits nous avons pu observer chez nos malades :

1° Les deux tendances pathognomoniques de la mélancolie, à savoir le refus d'aliments et les tentatives de suicide;

2° Un phénomène intéressant au point de vue médico-militaire, celui de la contagion mentale : réaction antisociale au premier chef;

3° Deux sortes de délits militaires : l'abandon de poste et la fuite devant l'ennemi.

*
* *

Le refus d'aliments n'a rien présenté de spécial dans sa modalité clinique. L'obstination de nos mélancoliques à ne pas manger a reconnu ses causes coutu-

mières : aboulie, inertie, idées délirantes de mortification, désir de mourir de faim par découragement, dégoût de la vie désormais inutile par suite des idées délirantes tenaces de malheurs arrivés à la famille ou de crainte de sa disparition. Le plus souvent, cette indifférence devant les aliments, et même la sitiophobie délirante ont pu être vaincus facilement.

Nos déprimés, comme tous les mélancoliques, étant incapables de vouloir fortement, nous sommes arrivés en insistant comme auprès des enfants, à éviter l'alimentation artificielle à laquelle nous n'avons dû recourir d'une façon continue que dans un cas de mélancolie anxieuse.

*
* *

Les idées de suicide n'ont pu avoir dans le service des chances de réalisation. Les quelques tentatives que nous avons eu à enregistrer avaient été faites soit au corps, soit à l'hôpital d'évacuation.

Observation 12.

Humeur sombre, taciturne (constitutionnelle). Neurasthénie à 18 ans. Soldat de l'active blessé à l'ennemi. Coup de feu à la main droite. Annonce de la mort du père : anxiété ; dépression mélancolique. Idées et tentatives de suicide.

G..., 22 ans, cordonnier à Paris, est né à 8 mois prématurément, d'une mère nerveuse et d'un père irritable, d'humeur sombre, mort depuis le début des hostilités de congestion cérébrale. Enfant il fut en retard pour parler et marcher et n'obtint pas son certificat d'études. Apprenti chez son père il était devenu un bon ouvrier, docile et doux, mais d'humeur triste et enclin, dit la mère, aux idées noires. Peu liant avec les camarades, casanier et restant le plus souvent chez

lui et se montrait parfois « boudeur » sans motifs. A 18 ans, refusé par le conseil de revision alors qu'il avait voulu s'engager, il eut une période de neurasthénie pendant laquelle, triste et sombre, il passait plusieurs jours sans causer.

Cette crise était guérie lorsqu'il fut appelé par la conscription à servir dans un régiment d'infanterie de l'Est dans lequel il se trouvait encore au moment de la déclaration de guerre. Il s'était bien acclimaté au régiment et les lettres adressées par lui au début de la campagne étaient affectueuses et ne traduisaient aucune dépression.

Blessé le 24 septembre par un coup de feu en séton à la main droite avec parésie du bras droit il avait été évacué à l'hôpital de L... S... où sa mère l'avait vu déprimé, anxieux, les yeux hagards, craignant toujours qu'on lui fasse du mal et ne pouvant se distraire du bruit de coups de canon irréels. Calmé il avait à nouveau éprouvé un grand chagrin à l'annonce de la mort de son père qu'on lui avait annoncée alors qu'on le croyait guéri.

De retour au dépôt de son régiment à T..., dit le rapport qui l'accompagne, il avait présenté à plusieurs reprises des accès de mélancolie.

« Le 10 novembre au soir il s'était précipité dans la cour du quartier, clamant qu'il allait prendre le train pour voir son père et répétant : « Mon père n'est pas mort ». Ses camarades l'ayant ramené dans sa chambre il a été agité pendant une heure, pleurant, réclamant son père et sa mère. Soumis au traitement bromuré il a été relativement calme pendant la nuit. Mais au matin il pleure encore, réclame toujours son père et sa mère et se plaint de violents maux de tête, de douleurs au niveau de la nuque et de névralgies sus-orbitaires ».

Le rapport mentionne encore qu'il répond difficilement aux questions posées mais qu'il ne paraît pas présenter d'idées délirantes.

Placé à l'hôpital il aurait confié à un camarade après une tentative de suicide par pendaison avortée qu'il était désespéré par la mort de son père. Notons en passant que depuis longtemps notre jeune soldat avait exprimé à sa mère qu'il se suiciderait si ses parents venaient à disparaître et s'il restait seul dans la vie.

Evacué à l'asile de Villejuif le 9 décembre, G... se présente à nous comme un débile atteint de dépression mélancolique.

Sa langue est saburrale, son pouls est à 100 cette accélération émotive ne s'est pas maintenue). Il donne l'impression d'une grande lassitude, pleure, gémit, proteste de son innocence en disant qu'il n'a fait de mal à personne. Anxieux, exprimant ses craintes d'être enfermé, sa douleur de ne pas voir sa mère d'une voix rapide ennu-

choïde (petite obésité, testicules normaux). Mais il ne répond aux questions posées qu'en hésitant, à voix basse, plaintive; l'idéation est lente, et la conversation trop souvent interrompue par de grandes crises de larmes.

Isolé et alité il garde la même attitude déprimée, entrecoupée de périodes d'agitation anxieuse avec gémissements. Le 14 décembre, après la visite de sa mère qu'il ne cessait de réclamer, une détente se produit, l'amélioration se fait progressivement et peut être notée à la quinzaine le 21 décembre.

Actuellement le malade a vu disparaître sa céphalée, ses troubles du sommeil qui l'incommodaient depuis plus d'un mois; il s'occupe, lit, son humeur, sans être gaie, n'est plus sombre et l'amélioration continue.

Les conversations sont avec lui plus aisées, il répond docilement, mais préfère ne pas parler de la période mélancolique qu'il vient de traverser, ni de ses idées de suicide qu'il nie, quoique faiblement.

*
* *

Sans exagérer la portée de l'influence que peut avoir le contact de mélancoliques ou de délirants, pour les éléments sains de l'armée, il n'en est pas moins vrai que des phénomènes de *contagion* existent et que leur action peut se montrer opérante sur les esprits faibles, impressionnables, facilement influencés par des attitudes et des idées, toujours prêts à s'abandonner à des influences pernicieuses.

Nous n'avons pas d'exemple de tels cas de contagion produits dans le milieu militaire en campagne, mais nous avons pu en observer deux cas très nets dans le service.

Le premier est celui que nous avons signalé à la fin de l'observation 7, où des mélancoliques s'attiraient, se recherchaient; groupés autour de J... dans la salle de réunion, ils se tenaient accroupis, découragés, versant

d'abondantes larmes, l'un répondant en écho aux sanglots de l'autre.

Le deuxième concerne J. E..., un jeune cultivateur, soldat de l'active qui avait été évacué du front pour mélancolie avec idées délirantes et qui, déjà guéri, faisait une brève rechute parce qu'il était mis en contact durant la nuit avec N..., mélancolique anxieux avec idées mystiques dont il partageait la chambre avec un autre camarade. Celui-ci par ses lamentations et son anxiété communiquait sa tristesse à notre convalescent et lui persuadait que ses parents étaient morts... qu'eux-mêmes devaient être brûlés, fusillés...

Après une nuit d'insomnie passée dans la crainte, nous trouvions E... à nouveau déprimé, mais nous dictant la thérapeutique en dévoilant la part que le voisinage de N... avait eue dans sa passagère rechute. Aussitôt séparé de son anxieux camarade, notre malade retrouvait bientôt le calme et le repos.

*
* *

Les crimes et délits sont, on le sait, excessivement rares dans les psychoses mélancoliques. Aussi n'avons-nous pas eu à enregistrer de crimes au cours de nos états dépressifs. Mais nous avons pu observer deux délits d'importance militaire considérable, ce sont : l'abandon de poste et la fuite devant l'ennemi.

Nous citerons dans le chapitre suivant au cours de l'observation 14 un cas d'abandon de poste.

Les autres exemples d'abandon de poste par nos

malades évacués pour mélancolie l'ont été dans des circonstances moins pathologiques.

Il s'agissait de fugues de courte durée faites par nos malades durant la période prodromique de la mélancolie et c'est là leur seul intérêt. Ces malades casernés non loin de leur domicile avaient quitté leur cantonnement pour courir chez eux se rendre compte qu'il n'était rien arrivé aux leurs et étaient rentrés aussitôt tranquillisés, avertis par la famille des conséquences possibles de cette infraction à la discipline.

Enfin nous allons donner avec l'observation 13 le seul cas que nous connaissons parmi nos malades de fuite devant l'ennemi.

Observation 13.

Débile fils d'alcoolique. — Convalescent au moment de la mobilisation d'un accès de neurasthénie ayant duré 6 mois. — Abandon de son poste dès les premiers engagements. — Fuite du champ de bataille. — Prison. — Reconduit à son bataillon : émotivité, frayeur, désir de fuir. — Doit être évacué : dépression mélancolique.

K..., âgé de 26 ans, maroquinier à Paris, est le fils d'un alcoolique invétéré qui a dû être interné dans un asile pour délire toxique. Bon ouvrier, tranquille et doux, quoique de caractère timide et timoré, sa vie n'a rien présenté d'anormal jusqu'au mois de janvier 1914, époque où après une période d'exercices militaires (28 jours) il est tombé malade. Triste, déprimé physiquement et moralement, ayant des envies de pleurer inexplicables, recherchant la solitude et ne pouvant se distraire de la hantise de la mort ni vaincre facilement des idées de suicide, il avait dû interrompre son travail et chercher du repos dans sa famille à la campagne. Il était à peine convalescent de sa crise dépressive, lorsque la mobilisation lui imposa le devoir de rejoindre son corps dans un régiment de chasseurs.

Dès les premiers engagements il ne put surmonter son émotion, à

peine entendait-il le canon qu'il était pris de tremblements, était tout en nage, souffrait d'un état vertigineux pendant lequel il sentait le sol se dérober sous lui, et il avait la sensation que tout tournait autour de lui et qu'on lui donnait des coups de marteau dans la tête. Comme on se battait tous les jours, bientôt ne pouvant plus résister, il s'enfuyait abandonnant ses armes. Retrouvé mourant de faim dans un bois il fut conduit par les gendarmes à la prison de R..., puis évâcué à l'arrière à la prison de R...

Il vécut dit-il à partir de ce moment comme dans un rêve.

Il ne peut raconter exactement ce qui s'est passé. Tout ce qu'il sait c'est qu'il était très déprimé, souffrant d'anorexie ; et en proie la nuit à des cauchemars épouvantables, pendant lesquels il se voyait ligoté, étranglé ou servant de cible aux obus allemands.

Quoi qu'il en soit il n'était pas traduit en conseil de guerre et près d'un mois et demi plus tard il était accompagné par les gendarmes à son bataillon qui combattait alors dans la Somme. Arrivé en plein combat il montre la même émotivité qu'au début, la même incapacité de se conduire en soldat. Le médecin informé l'évacuait vers l'arrière et après des péripéties diverses il arrivait dans le service en novembre 1914.

Il se présente à nous fatigué, déprimé, le visage presque immobile, la mimique diminuée, le geste rare.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'asile, le même état dépressif persistait. Il restait sombre, inactif, se plaignant de céphalées, de vertiges, ayant dit-il la sensation du mal de mer, l'impression que la terre s'effondrait sous ses pieds.

Cependant, n'ayant plus rien à craindre, son humeur triste s'égayait, peu à peu l'état général devenait meilleur, l'appétit et le sommeil bons, aussi demandait-il bientôt à s'occuper et à rendre de menus services au quartier.

Le calme et le repos ont amené la guérison rapide et actuellement notre malade est dans un état physique et mental satisfaisant.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-MILITAIRES

Les constatations faites au cours du traitement des aliénés militaires et celles faites particulièrement au cours de ce travail ont démontré l'incompatibilité qui existe entre les exigences de la vie militaire et plus spécialement de la vie militaire en campagne de guerre et l'adaptation des cerveaux de malades ou de prédisposés qui chavirent.

L'idée première qui se présente à l'esprit est qu'il n'aurait pas fallu permettre l'accès à l'armée de telles individualités et que l'incorporation, soit de malades déjà atteints soit de simples prédisposés n'eût pas dû être accomplie.

Cependant, sans aborder de bien près le problème, on s'aperçoit bien vite que cette incorporation ne pouvait pas être évitée le moins du monde en ce qui conserne les appelés par ordre de mobilisation générale. Elle eût pu l'être néanmoins quoique à vrai dire très difficilement chez les sujets incorporés par la suite après examen du conseil de revision et chez ceux ayant con-

tracté des engagements volontaires pour la durée de la guerre.

Nous connaissons des engagés volontaires parmi nos malades internés par la suite pour mélancolie.

Certains d'entre eux, dont deux de la Légion étrangère étaient déjà, avant l'incorporation, des débiles hypocondriaques dont les motifs d'engagement ne nous ont jamais été bien connus.

Un autre, prédisposé, engagé dans l'armée métropolitaine devait être évacué du front où il n'avait pu se maintenir par peur maladive du canon, atteint de dépression mélancolique.

*
* *

L'aliénation mentale est en effet un cas d'élimination, d'exemption, de réforme, mais c'est un terme si vaste et correspondant à des états cliniques si différents!

Si certaines infirmités mentales, telles que l'idiotie, la profonde imbécillité... en raison de leurs caractères apparents et de leurs malformations physiques souvent très visibles rendent l'admission dans l'armée difficile, il n'en est pas moins vrai que cette admission a été possible dans le cas d'atteintes psychiques antérieures et à plus forte raison quand il s'est agi de dégénérescences ou de prédisposition simple, psychiatrique ou névropatique.

L'élimination des non-valeurs psychiatriques qui ne se fait pas régulièrement en temps de paix ne pouvait à plus forte raison se faire en temps de guerre où les conseils de revision ont été trop occupés, surmenés. La

rapidité de l'examen ne permet pas un examen mental et comme nul certificat d'intégrité cérébrale n'est exigé pour contracter un engagement, l'incorporation ne souffre aucune difficulté. Il est du reste nécessaire d'ajouter que, malgré toutes les précautions, les restrictions apportées par un conseil de revision fonctionnant dans d'autres conditions auraient été souvent inopérantes; il s'est agi parfois de cas indépistables ne devenant apparents qu'à l'épreuve et dont la découverte exige la collaboration de l'officier et du médecin.

*
* *

Quoi qu'il en soit, au sujet de l'impossibilité ou de la plus ou moins grande difficulté d'élimination préventive des « invalides mentaux », les conséquences de leur incorporation ont été :

a) Des dangers pour l'intérêt de tous;

b) La production de délits et la mise en branle de l'appareil de justice militaire;

c) La maladie.

L'incorporation des non-valeurs par infirmités ou maladies psychiques présente des inconvénients d'intérêt général :

Ces non-valeurs non seulement ne servent pas l'armée dont le but sacré est la défense du pays, mais encore elles peuvent devenir à l'occasion un facteur de troubles et de désorganisation par exemple pernicieux (délits, désertion, etc.), influence suggestive déplorable, contagion mentale (paniques, découragement...).

Nous n'insisterons pas sur les délits commis qui en outre de leurs dangers propres sont de par les principes dont s'honore la justice moderne, à cause des expertises et des formalités juridiques qu'ils occasionnent, une perte de temps qui serait avec avantage employé à de plus utiles besognes.

Une dernière conséquence, et non la moindre, des procédés de revision que nous avons exposés est la maladie.

L'assistance prévue par le corps de santé militaire pour les blessés et les malades a été aussi assurée aux psychopathes en campagne (1). Cette assistance, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte par nos données statistiques générales, a été donnée dans les hôpitaux du front (Toul, Verdun...), dans les hôpitaux du territoire (Bégin, Versailles, Val-de-Grâce...) avec, comme point terminus, l'Asile où un matériel et un personnel spéciaux permettent, dans les meilleures conditions, la guérison des cas aigus curables et le traitement qui convient (calme, alitement, thérapeutique médicamenteuse, psychothérapie...), de même que les mesures de préservation et d'assistance définitive pour les cas chroniques.

*
* *

La guérison une fois assurée par l'assistance un nouveau problème se pose. C'est celui de la réincorporation.

(1) Enquête de M. le Professeur Gilbert Ballet.

Les considérations que nous venons de développer nous permettront d'être brefs. La réincorporation que l'on pourrait être tenté de provoquer tout au moins dans des services sédentaires dans quelques cas d'espèce sera rarement recommandable.

Même les cas en apparence les mieux guéris sont sujets à rechutes ou même à récidives (voir observation 1).

Nous ne pourrions que répéter à propos de ses inconvénients et de ses dangers ce que nous avons dit au sujet de l'incorporation. Les mêmes dangers subsistent soit pour le soldat lui-même soit pour l'entourage, soit pour l'intérêt général.

Nous rapportons ci-dessous l'exemple d'un réserviste, mélancolique avec conscience qui réincorporé dans son régiment après un congé de convalescence n'a pu s'y maintenir.

Observation 14.

Mélancolique avec conscience. Début de l'accès remontant à 9 mois avant la mobilisation. — Inutilisable à son régiment, mis en congé de convalescence. — Retour au dépôt ; proposé pour la réforme, quitte sa ville de garnison. — Errance à Paris. Internement.

L..., tulliste âgé de 32 ans, a été mobilisé dans les premiers jours d'août, dans un régiment d'infanterie de réserve.

De bonne santé physique, sans antécédents connus dignes de retenir l'attention, il souffrait au moment de son incorporation de dépression nerveuse faisant suite à un chagrin d'amour qui remontait à 9 mois. Il s'était tellement trouvé découragé, triste, ne pouvant vaincre le sentiment d'impuissance qui l'obsédait, qu'il avait dû abandonner tout travail.

Dans son régiment, qui n'avait pas été appelé sur la ligne de feu,

l'état de L... était remarqué par le médecin. Bientôt après on le renvoyait dans ses foyers muni d'un congé de convalescence.

Le congé terminé, L... regagnait un peu amélioré le dépôt de son régiment. Son obsession amoureuse disparue était remplacée par une obsession nostalgique, et il ne pouvait chasser de son esprit l'idée qu'il ne retrouverait jamais du travail. Proposé pour la réforme, dit-il, il n'avait pas la patience d'attendre le règlement de sa situation. Sous l'influence de son état mélancolique et obsédant il quittait brusquement son dépôt et venait à Paris, se déclarant irrésistiblement poussé par le désir de se distraire et de chercher une occupation pour l'époque de sa libération.

L..., ne juge pas très sainement son acte, il le croit expliqué suffisamment par son état dépressif qui l'empêche, dit-il, de réagir et lui interdit l'espérance de faire un soldat convenable.

Arrêté errant et conduit dans le service, il se présente avec une attitude légèrement déprimée, sans délire apparent, il est lucide, conscient, mais ne peut se distraire d'idées hypocondriaques qu'il explique abondamment.

Il se trouve sans force, sans énergie... son appétit est capricieux et son sommeil souvent troublé.

En résumé et pour conclure ce chapitre de considérations médico-militaires il faudra donc, après une atteinte de psychose dépressive mélancolique, éliminer le psychopathe de l'armée soit, suivant les convenances, par congé illimité ou réforme pure et simple avec retour dans le milieu familial; soit, dans les cas non guéris ou chroniques, par réforme et maintien à l'asile.

CONCLUSIONS

1° Les admissions de militaires dans la section spéciale de l'asile de Villejuif (Service de M. le Docteur Colin) depuis le début des hostilités jusqu'au 31 décembre 1914 ont été au nombre de 238.

2° Les cas de psychoses observés appartenaient à des types cliniques variés. Ce sont, par ordre de fréquence : des états mélancoliques et dépressifs; des états confusionnels; des états de dégénérescence; déséquilibration psychique et débilité mentale avec ou sans délire et syndromes épisodiques; des paralysies générales; des états toxiques (alcoolisme); des états maniaques; des névroses; des délires chroniques; des états toxi-infectieux.

3° Les états dépressifs et mélancoliques ont atteint le chiffre de 64 sur 238 admissions, soit environ 1/6 des cas traités.

4° Toutes les formes cliniques de la mélancolie ont pu être notées. Ce sont par ordre décroissant : dépression mélancolique; mélancolie délirante; mélancolie anxieuse; mélancolie avec idées de persécution; mélancolie avec stupeur.

5° Les événements ont imprimé aux préoccupations une orientation spéciale, et communiqué au délire une couleur d'actualité; mais rien dans l'étiologie, dans les formes cliniques, dans l'évolution, ne permet de parler de « psychoses mélancoliques de guerre », mais bien plutôt dans les cas soumis à notre observation de « psychoses mélancoliques pendant la guerre ».

6° Les troubles des actes, réactions antisociales et délits observés au cours desdits états mélancoliques ont été d'une part d'ordre banal : refus d'aliments et tentatives de suicide; d'ordre plus intéressant au point de vue militaire d'autre part : phénomènes de contagion mentale, abandon de poste, fuite devant l'ennemi.

7° L'incorporation de ces psychopathes n'ayant pu être évitée par les conseils de revision fonctionnant pendant la guerre et à fortiori par les ordres de mobilisation générale, il importe dans la majorité des cas, leur guérison assurée par l'assistance, de les éliminer de l'armée où leur présence, le plus souvent sans utilité, peut constituer un danger pour l'intérêt général, pour

l'entourage, pour le malade lui-même, et d'éviter leur réincorporation.

Le congé illimité, la réforme pure et simple avec retour au milieu familial, dans les cas à évolution favorable; la réforme avec maintien à l'asile, dans les cas chroniques, rempliront les diverses indications.

Vu : le Président,
GILBERT BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

Plan 13
Données statistiques générales sur l'ensemble des cas traités. . 15
Données statistiques spéciales aux états mélancoliques et dépressifs. 19
Étude clinique. 23
I. — Étiologie. 23
II. — Formes cliniques 25
III. — Évolution 43
IV. — Remarques thérapeutiques. 47
Troubles des actes. Réactions antisociales. Délits. 51
Considérations médico-militaires 59

CONCLUSIONS. 65

PARIS
Imprimerie VIGOT FRÈRES, 23, rue de l'École-de-Médecine.